



## 212/2271 - TOXICODERMIA POR ALOPURINOL

M. Varela Patiño<sup>a</sup>, M. Sanz Almazán<sup>b</sup>, M.S. Sánchez Guevara<sup>a</sup>, M.B. Antón González<sup>c</sup>, M. García Revuelta<sup>a</sup> y S. del Amo Ramos<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laguna de Duero. Valladolid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 74 años sin alergias medicamentosas, cirrosis enólica, anemia megaloblástica y desnutrición grave. Tratamiento: omeprazol, vitamina B12, ácido fólico y alopurinol que comenzó hace 15 días. Acude al centro de salud por cuadro clínico de días de evolución de lesiones cutáneas exantemáticas, pruriginosas, que comienzan a raíz de muslos con posterior extensión a todo el cuerpo; incluyendo tronco y extremidades superiores. Se asocian a descamación y eritema generalizado. Piel caliente y seca, con sensación de frío.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hipotenso, febrícula. Adenopatías laterocervicales. Eritema generalizado descamativo en más del 90% de la superficie corporal. Auscultación cardiopulmonar crepitantes en ambas bases pulmonares. Edemas de extremidades inferiores con fovea hasta rodilla. Pruebas complementarias: leucocitos 2.800, Hb: 9,4, plaquetas 127.000. BQ: creatinina 1,96, urea: 111, PCR 96, enzimas hepáticas alteradas, proteínas totales 4.94. Se comienza reposición hídrica y control de la temperatura corporal, se inicia tratamiento con corticoide intravenoso y antihistamínicos y se deriva a hospital. Se retira el alopurinol.

**Juicio clínico:** Eritrodermia por fármacos.

**Diagnóstico diferencial:** Pitiriasis rubra pilaris, psoriasis, linfoma cutáneo linfocitos T y pénfigo foliáceo.

**Comentario final:** El 20% de las eritrodermias son producidas por fármacos, de los cuales, los más implicados son el alopurinol, penicilinas y barbitúricos. En este caso tras la retirada del alopurinol se resolvió el cuadro unas semanas después. En pacientes con comorbilidades puede haber complicaciones como insuficiencia cardíaca, desequilibrio electrolítico, pérdida de calor, hipotermia, pérdida de proteínas, edema, pérdida de masa muscular e infección secundaria de la piel. En estos pacientes puede llegar a ser un cuadro potencialmente mortal, por ello es imprescindible la derivación hospitalaria urgente.

## Bibliografía

1. Sigurdsson V, Steegmans PH, van Vloten WA. The incidence of erythroderma: a survey among

- all dermatologists in The Netherlands. J Am Acad Dermatol. 2001.
2. Roujeau JC. Immune mechanisms in drug allergy. Allergol Int. 2006.
  3. Stamp LK, Day RO, Yun J. Allopurinol hypersensitivity: investigating the cause and minimizing the risk. Nature Reviews Rheumatology. 2016;12.

**Palabras clave:** *Drug reaction. Severe cutaneous adverse drug reactions. Allopurinol hypersensitivity.*